

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO DEGLI INFERMIERI LIBERI PROFESSIONISTI  
DEL COLLEGIO IPASVI DI MODENA**

Spett.le Consiglio Direttivo  
Dell'OPI di Modena

*Il/la sottoscritto/a*

<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	
<b>LUOGO DI NASCITA</b>	<b>DATA</b>
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>INDIRIZZO</b>	
<b>TELEFONO</b>	
<b>EMAIL</b>	
<b>PEC</b>	

**Richiede l'iscrizione nell'elenco dei Liberi Professionisti in quanto esercita attività libero professionale  
con le seguenti modalità:**

**ATTIVITÀ INDIVIDUALE**

Partita IVA n. \_\_\_\_\_

**ATTIVITÀ ASSOCIATA**

Con il seguente Studio Associato \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI SVOLGERE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE A MODENA E PROVINCIA**

**AUTORIZZA** l'OPI di Modena a divulgare il mio Nome e i miei recapiti a chi ne facesse richiesta e a pubblicizzare lo stesso sul sito [www.ipasvimodena.it](http://www.ipasvimodena.it)

**AUTORIZZO**

**NON AUTORIZZO**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

